Lane Medical Library 1872

Ueber Beckenabscesse bei Männern.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin und Chirurgie

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung

der medicinischen Facultät der Universität Breslau

am 27. März 1872

in der Aula Leopoldina

öffentlich vertheidigen wird

Stanislaus Szumski.

Opponenten:

Dr. Łasiński und Drd. Suszczyński.

Breslau.
F. W. Jungfers Buchdruckerei.
1872.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Professor Dr. Fischer

Medizinalrath und Director der Königl. chirurgisch-augenärztlichen Klinik zu Breslau

in dankbarer Hochachtung

gewidmet

vom Verfasser.

Ueber Beckenabscesse.

Bei der Bearbeitung des Themas über Beckenabscesse habe ich nicht die Absicht, eine erschöpfende Darstellung aller unter diesem Namen vorkommenden Erkrankungen der Darmbeingrube zu geben, sondern beschränke ich mich auf diejenigen Abscesse, welche namentlich bei Männern vorkommen und übergehe alle nach puerperalen Krankheiten im Becken sich bildenden Eitersammlungen. Die genannten Abscesse entstehen immer secundär nach vorangegangenen Entzündungen entweder der Weichtheile oder der Knochen. Sie gehen meistens aus: 1. vom Blinddarm resp. dem processus vermiformis; 2. sind es Eitersenkungen, welche von den Wirbeln, von pleuritischen Exsudaten oder perinephritischen Gewebsabscessen herstammen; 3. von dem perimusculären Bindegewebe des Iliopsoas, oder benachbarten Knochen. Man findet in der Litteratur[1]) noch

---

[1]) Marchal, Ann. de chirurgie, Juillet et Août 1844.

andere Stellen als Ausgangspunkte der Eiterung erwähnt, wie die flexura sigmoidea, das Rectum, die Blase; doch sind es Beobachtungen, die vereinzelt dastehen; ich werde auf ihre Betrachtung nicht näher eingehen. Wahrscheinlicher ist es auch, dass der an genannten Stellen angesammelte Eiter den Darm daselbst oder die Blase durchbrechen und so nach aussen sich entleeren, als dass er anderwärts im Becken den Weg dahin suchen wird. Was die Ursachen, in deren Folge Abscesse vom Blinddarm aus sich bilden, anbetrifft, so ist es namentlich eine Reizung des Coecum's durch fremde Körper oder Anhäufung fester Facalmassen bei schwerverdaulicher Kost und reizender Lebensweise, welche auf das umliegende Zellgewebe übergreift und zur Eiterung führt. Diese Ansicht vertreten *Dupuytren*, *Manière*, *Hurson*, *Dance* u. A.; *Grisolle* erklärt sich gegen dieselbe, *Burne* nimmt nur perforirende Geschwüre des Blinddarms als Ursache für Beckenabscesse an.

Häufiger als durch Typhlitis werden die Abscesse durch eine Entzündung des processus vermiformis nach Hineingerathen von fremden Körpern, wie Kirschkernen, Fischgräten, Nadeln, steinigen Fäcalmassen in denselben hervorgerufen. Die Entzündung führt zu Ucerationen des Wurmfortsatzes, die Körper perforiren ihn und somit wird die Veranlassung zu jauchig-eitrigen Herden im Becken gegeben.

Dasselbe geschieht bei schweren Formen von Typhus, bei Dysenterie, Pyämie, die mit ulcerösen Processen der

Darmwand einhergehen und leicht Perforationen bedingen; gewöhnlich gesellt sich dazu eine Paratyphlitis, die ihren Ausgang in Eiterung und Verjauchung nehmen kann.

Man findet dann in der fossa iliaca dextra einen aus Eiter, Koth und necrotischen Bindegewebsresten bestehenden Herd, der nach oben bis zu den Nieren und dem Zwerchfell, nach unten bis in das kleine Becken sich manchmal erstreckt. Abscesse, die von den Wirbeln ihren Ursprung nehmen, beruhen auf Caries derselben und zwar sind meist die Brust- oder die oberen Lendenwirbel die affizirten; von den cariösen Stellen aus senkt sich der Eiter in die Beckenhöhle. Hierher gehören auch die grossen, lange bestehenden pleuritischen Exsudate, die manchmal durch das Diaphragma thoracis hindurch, dann allmählig zwischen den Därmen sich Bahn brechen, um endlich in das Becken zu gelangen.

Das perimusculäre Bindegewebe des Iliopsoas erkrankt primär in Folge von Erkältung von Trauma, wenn z. B. schwere Lasten bei hinten übergebeugtem Körper gehoben werden und Fasern des Psoas zerreissen; es entsteht ein entzündlicher Process im Bindegewebe und auch im Muskel selbst, der zur Eiterung führt und den Muskel in einen bräunlichen Brei verwandelt — oder auch geht die Entzündung vom Periost des Darmbeins aus und es entstehen periostitische Abscesse, die eine spätere Erkrankung des perimusculären Gewebes nach sich ziehen.

Ausser den bisher beschriebenen Ursachen der

Beckenabscesse sind bei Männern Fälle beobachtet worden, wo dieselben von der Prostata, dem Samenstrang und auch den Samenbläschen ausgegangen waren. Meist sind es Tuberkel der Prostata, auch Entzündungen und daneben Strikturen der Harnröhre, die Veranlassung zur Abscessenentwickelung gewesen. Vom Samenstrang können sie ausgehen nach Schmelzung von Tuberkeln oder wenn das umliegende Zellgewebe bei Blennorhöen der Urethra, nach Bruchoperationen von einer Entzündung ergriffen wird. In den Samenbläschen bedingte ein eitriger Zerfall von Tuberkeln weitere Eiterungen im Becken. Ich erwähne die Fälle nur kurz, weil sie zu Seltenheiten gehören. Die Häufigkeit der Beckenabscesse hängt ab von den sie bedingenden Erkrankungen; es lässt sich sagen, dass sie in der Mehrzahl der Fälle aus anderen Regionen versenkte Eiterungen sind, unter denen die vom Darm und den Wirbeln her den ersten Rang einnehmen, dagegen Senkungen von pleuritischen Exsudaten, sowie nach perinephritischen Zellgewebsentzündungen als etwas Seltenes zu betrachten sind. Das Alter ist nicht ohne Einfluss auf ihr Entstehen, da sie besonders zwischen dem 20. bis 30. Jahre vorzukommen pflegen; doch können sie in einem viel früheren Alter erscheinen, wie Francis Battersby (Dublin, Journ. Mai 1847) einen Fall erzählt, wo ein 6monatlicher Knabe an einem Beckenabscess gelitten hatte; aber er selbst sagt, es sei der einzige ihm bekannte Fall dieser Art.

Bei Männern kommen die Abscesse häufiger vor als

bei Frauen, natürlich wird hier gänzlich von den nach Puerperalerkrankungen entstandenen abgesehen, und zwar im Verhältnisse wie 15 : 1 nach Dupuytren, wie 46 : 10 nach Grisolle. Die rechte Seite ist häufiger der Sitz von den Abscessen als die linke; es kommen auf 55 Fälle 35 auf die rechte, die übrigen auf die linke Seite.

Alle die genannten Abscesse der Darmbeingrube haben einen tiefen Sitz; sie kommen unter die farcia iliaca zu liegen, breiten sich im Muskel selbst zwischen seinen Fasern aus, sie durchtränken ihn, oder setzen sie unter dem Iliopsoas, oder endlich sammelt sich Eiter unter dem Periost des Darmbeins an. Die einen von ihnen gehören dem Ausbreitungsbezirk des Psoas, die andern dem des Iliacus an; es hat dies seinen Grund in anatomischen Verhältnissen, wie Prof. *König* in Rostock auf experimentellem Wege es nachgewiesen hat, indem er durch Injectionen die Wege, die der Eiter nimmt, ermittelte. In Breslau hat Dr. *Riegner* die nämlichen Versuche gemacht und bestätigte die von *König* erlangten Resultate.

Es stellte sich heraus, dass die Injectionsflüssigkeit je nach der Stelle, wo eingespritzt wurde, bestimmte Gänge im Beckengewebe wählte, um sich über den einen oder den andern Muskel besonders zu verbreiten. Im Gebiete des Psoas verlaufen meist von den Wirbeln oder von pleuritischen Exsudaten her versenkte Eiterungen, sowie auch die seltenen Fälle von Abscessen, die vom Muskel selbst ausgehen. In seinem weitern

Verlauf nach unten hält der Eiter die Bahn des Psoas ein, tritt unter dem Ligamentum Ponparti durch und perforirt schliesslich an dem inneren Rande der Psoassehne nach aussen. An dieser Stelle von Prof. *König* gemachte Injectionen gelangten allemal, nachdem die Flüssigkeit zunächst den Raum um die vasa iliaca herum ausfüllte, längs des Psoas nach oben zur Seite der Wirbelsäule.

Eine andere Reihe von Abscessen verfolgt die Bahn des Muskels Iliacus und gehören hierher Eiterungen, die in der fona iliaca entstehen; diese sind periostitischer Natur; dann Senkungen in Folge von Coxarthrocace nach Perforation der Pfanne. Zuweilen schlagen auch diesen Weg ein Abscesse der Rücken- und Lendenwirbel, nachdem sie den Weg der Psoas durchgemacht haben, wenn der Druck in Folge der immer bedeutender werdenden Eitermenge enorm gesteigert wird.

Eiterungen, die auf Caries des letzten Lendenwirbels beruhen, verlaufen nie im Psoasgebiet, sondern füllen immer die fossa iliaca zunächst aus und folgen weiterhin dem Musculus Iliacus. Jedenfalls rührt dies daher, dass der Psoas nicht mehr von dem letzten Lendenwirbel seinen Ursprung nimmt; auch die Injectionsflüssigkeit in das Gewebe zur Seite des genannten Wirbelkörpers gebracht, dient als Beweis dafür, da sie stets, unter dem Psoas hinweggehend, in die Regionen des Iliacus sich ergiesst.

In späteren Stadien der Senkung kommt der Eiter, dem Iliacus entsprechend, an das Poupartsche Band,

durchbohrt hier den Raum unter demselben und gelangt unter der fascia iliaca, aussen vom Muskel oder auch in den Fasern desselben verlaufend, nach dem Oberschenkel zwischen den äusseren Rand des Iliacus und inneren Rand des Rectus femoris. Von hier aus senkt sich der Eiter weiter, theils zwischen dem Rectus und tensor fasciae latae, theils am inneren Rande des Rectus in die Scheide des Sartorius, und macht auf diesem Wege höher oder tiefer Perforationen nach aussen.

Eine dritte Reihe von Abscessen, die zum Coecum und dem processus vermiformis, doch seltener, in Beziehung stehen und meist mit dem Puerperium zusammenhängen, liegt oberflächlicher als die vorigen, über der fascia iliaca ausserhalb des Peritonealsackes — daher subperitoneale Abscesse genannt. Sie gehören auch dem Bezirke des Iliopsoas an; lösen bei ihrer Zunahme das Peritoneum zunächst auf dem Muskel, dann am Lig. Pouparti ab und perforiren in dessen Umgebung nach aussen, indem sie nur höchst selten tiefere Senkungen bewirken.

Was die Erscheinungen, mit denen die Beckenabscesse einhergehen anbelangt, so sind die ersten, worauf Patienten aufmerksam werden, die an Stelle der Eiteransammlungen entstehenden Schmerzen; dieselben steigern sich bei Druck auf die plica inguinalis und bei Bewegung der Extremitäten, sie rühren her vom Drucke auf den Nervus ischiadicus. Um letzteren einigermassen zu mindern, suchen die Patienten den Iliopsoas zu erschlaffen und deshalb wird die betreffende Extremität

stets in Flexion, Adduction und Rotation nach innen gehalten. Bei der manuellen Untersuchung findet man eine Spannung in der fossa iliaca und nach einiger Zeit eine circumscripte Geschwulst, die sich hart, manchmal deutlich fluctuirend anfühlt. Die Percussion ergiebt bei grösserer Eiteransammlung einen gedämpften Ton. Ein mässiges Fieber besteht dabei, wenn nicht andere Ursachen als der Abscess eine grössere Intensität bedingen. Die Kranken sind dyspnoëtisch, da bei jedem Athemzuge die Schmerzen gesteigert werden.

Die Geschwulst liegt entweder der Medianlinie näher oder auch mehr nach aussen, im ersteren Falle entspricht sie einem Abscess des Psoas, im letzteren einem Eiterstande im Gebiete des Iliacus.

Bei längerem Bestehen der Abscesse vergrössert sich die Geschwulst allmälig, bis schliesslich der Eiter auf den oben beschriebenen Wegen nach aussen durchbricht; sehr selten wird derselbe resorbirt. Ausser den genannten Symptomen werden die Abscesse begleitet von krankhaften Darmerscheinungen oder Affection der Harnwege. In solchen Fällen ist es wahrscheinlich, dass die Abscesse dort ihre Ursache haben.

Anderseits sind Abscesse zur Beobachtung gekommen, welche den Kranken in keiner Weise besonders belästigt hatten; sie beruhten auf Caries und Necrose des Darmbeins. In Bezug auf die Ausgänge der Beckenabscesse ist dreierlei zu bemerken. Entweder kann der Eiter in den Peritonealsack sich ergiessen, oder er senkt sich nach dem Oberschenkel, um hier nach aussen zu per-

foriren und es entstehen Fisteln oder auch in seltenen Fällen bricht er in den Darm oder die Blase durch und führt daselbst zu Entzündungen und Ulcerationen.

Im ersteren Falle gehen die Kranken unter den Erscheinungen einer heftigen diffusen Peritonitis zu Grunde; im zweiten bei weitem günstigern Ausgange, kann Genesung eintreten, indem sich der Eiter vollständig entleert und schliesslich die Fisteln verheilen, wenn der Process nicht zu lange dauert und Patienten an Kräfteverlust oder hinzutretender Pyämie dem Tode verfallen.

Beim Durchbruch in den Darm oder Blase wird der Eiter zwar per annum resp. mit dem Urin entleert, aber bald nach der Perforation gesellt sich ein hektisches Fieber hinzu, dem die Meisten erliegen. Heilung ist jedoch auch in solchen Fällen vorgekommen, wo nach wenigen Tagen nach dem Durchbruch des Abscesses jede Spur von Anschwellung an der früheren Stelle seines Sitzes geschwunden und nur eine leichte Zellgewebsanschwellung geblieben war.

Die Prognose ist, wie leicht ersichtlich, bei den Beckenabscessen eine zweifelhafte, da man nicht im Stande ist, zu bestimmen, was für einen Verlauf sie nehmen werden. Am schlimmsten ist sie bei den subperitonealen, am günstigsten quoad vitam bei der Caries des Darmbeins. Der Verlauf der Beckenabscese ist immer ein chronischer; dieser Umstand verschlimmert die Prognose sehr, da die Kranken, geschwächt, zu intercurrenten Krankheiten disponirt werden.

Die Entleerung des Eiters bringt den Kranken alle-

mal eine grosse Erleichterung, es stellt sich also leicht die Aufgabe, den Abscess möglichst bald zu öffnen; in den Fällen, wo diese Operation keine Schwierigkeiten macht, wo man leicht und ohne Gefahr an den Abscess gelangen kann, ist ihre Ausführung gerechtfertigt, meistens aber ist das Entgegengesetzte der Fall und dann ist es rathsamer, den spontanen Durchbruch des Eiters abzuwarten. Für letzteres spricht sich *Dupuytren* aus, indem er bei der Behandlung seine Aufmerksamkeit auf den Allgemeinzustand des Kranken richtet.

Es sei mir nur noch gestattet, der Litteratur zwei Fälle von Beckenabscessen anzureihen, die ich zu beobachten in der hiesigen chirurgischen Klinik Gelegenheit hatte und deren Veröffentlichung ich der Güte des Herrn Medizinalrath Prof. Dr. *Fischer* verdanke.

Krankengeschichten.

I.

Im vorigen Jahre, ungefähr Mitte August, bekam August Mogalle, 33 Jahre alt, dem Stande nach Droschkenkutscher, Schmerzen in der rechten regio iliaca, die ihn jedoch nicht hinderten, seinem Berufe nachzugehen. Dieselben steigerten sich allmälig und nach vier Wochen etwa bemerkte Patient an der den Schmerzen entsprechenden Stelle eine Geschwulst in der Beckenhöhle von der Grösse einer Faust und von bedeutender Härte. Der Zustand des Patienten verschlimmerte sich indessen so sehr, dass er Ende September von seiner Beschäftigung abzustehen sich gezwungen sah. Es hatten sich heftige Schmerzen im Unterleibe, die ihn sowohl beim Gehen wie in sitzender Stellung quälten, bei ruhiger Rückenlage aber sich verminderten, eingestellt. Während dieser Zeit hatte der Kranke Beschwerden weder bei Stuhl noch bei Urinentleerung gehabt, der Appetit blieb ungestört, sowie Kräfteverlust nicht eingetreten. Von

der Zeit aber an, wo er das Bett aufsuchen musste, stellte sich eine Veränderung in seinem Allgemeinbefinden ein, er fing an abzumagern und verlor seinen Appetit. Die Geschwulst nahm an Grösse zu, wurde nach Behandlung mit warmen Breiumschlägen weicher und es entwickelte sich ein Abscess, der Anfang November spontan in der Höhe der Spina ilei anterior superior einen Zoll nach der Medianlinie zum Durchbruch kam. Eiter entleerte sich reichlich und floss von nun an aus der etwa erbsengrossen Fistel continuirlich in kleinen Mengen heraus. Patient fühlte sich etwas erleichtert, zeitweise bekam er den Appetit wieder, die Schmerzen hatten sich gemässigt und die Geschwulst abgenommen, sie ging aber nicht eine vollständige Rückbildung ein. Die Fistel zeigte keine Neigung zur Heilung; neben ihr wurde, da sich Fluctuation vorfand, ein zolllanger Einschnitt gemacht und so dem Eiter ein leichterer Ausfluss verschafft; hierauf hatte sich die Fistel geschlossen. Mitte Januar bekam Patient einen heftigen Durchfall, 24 Stühle in 24 Stunden, namentlich in der Nacht war derselbe stürmisch; dazu gesellten sich heftige, links von der Geschwulst auftretende Schmerzen. Am 27. Januar wurde Patient in die Klinik aufgenommen.

Status praesens. Patient von mittlerer Grösse, heruntergekommenem Aussehen, liegt auf dem Rücken mit angezogenem rechtem Beine. Die rechte Bauchhälfte ist mässig angeschwollen und zeigt eine Schnittwunde, aus welcher ein bräunlicher, nach Faecalmassen riechender Eiter herausfliesst. Die Umgebung der Wunde ist ge-

röthet, einen Zoll von ihr nach der Medianlinie zu, zeigt sich eine bläulich verfärbte Stelle, die auf Fingerdruck eine Vertiefung hinterlässt, wobei zugleich aus der Wunde mehr Eiter austritt. Die Palpation ergiebt eine elastische Härte des Tumors, der nach unten bis zur plica inguinalis, nach oben bis zum Nabel, von dem er aber zu isoliren ist, nach innen etwas über die Medianlinie sich erstreckt. Bei der Percussion hört man einen gedämpften Schall über dem ganzen Tumor, ausserdem eine Dämpfung in der linken regio iliaca, die aber nicht so hoch geht wie rechts.

Einen mässigen Druck auf die Geschwulst verträgt Patient ganz gut; dagegen herrschen spontane heftige Schmerzen in der ganzen linken Bauchhälfte, welche starke Dyspnoë herbeiführen; die Athmung ist ausschliesslich thoracisch. Patient fiebert stark, Temperatur bleibt auf der Höhe von 40 Grad, Pulsfrequenz ist 135. Radialarterie weit und schwer comprimirbar. Im Gesicht äussert sich ein schmerzhafter Ausdruck, die Farbe blass, Nasenspitze, Hände und Füsse fühlen sich kühl an, Zunge ist trocken, stark belegt, es bestehen Zeichen allgemeiner Prostration. Die Stühle haben an Zahl etwas abgenommen und sind von normaler Beschaffenheit.

Am 30. Januar verschlimmerte sich der Zustand des Patienten noch mehr; Athemnoth wurde grösser, Herzschläge rapider und schwach, Temperatur über 40 Grad. Den 31sten mässigten sich die Symptome, die Temperatur sank, nur nahm die Pulsfrequenz bis auf 140 Schläge in der Minute zu und es erfolgte einige Mal

Erbrechen von grünlichen Massen. In der Nacht wurde Patient sehr unruhig, häufiges Erbrechen vermehrte seine Noth, die Schmerzen wurden heftiger, er collabirte immer mehr, bis gegen Mittag am ersten Februar der Tod erfolgte.

Den zweiten Februar wurde die Section gemacht und hat folgenden Befund ergeben:

Ein magerer Leichnam, dessen Starre noch nicht gelöst war, zeigte ein dickes Schädeldach, mässige Mengen von Cruormassen im sinus longitudinalis superior, geringes Oedem der Pia; im Gehirn nichts Abnormes.

Das Herz war von gewöhnlicher Grösse, seine Musculatur gelbbraun, an den Klappen und Ostien keine Veränderungen.

Die Lungen boten ausser Adhäsionen der rechten Lunge nichts Krankhaftes dar; die Bronchialschleimhaut war mit einem mässigen Schleimbelag behaftet.

Die Milz war vergrössert, die Kapsel gerunzelt, das Parenchym zähe und schlaff, die Malpighischen Körper nicht zu erkennen.

In der rechten Schenkelbeuge gelangte man von der bestehenden Schnittöffnung in eine von der spina ilei anterior superior bis 3 Cm. über den Schenkelbogen schräg von oben nach unten reichende, mit Eiter gefüllte Höhle. Die Wände derselben geglättet und nach vorn von der Haut und dem subcutanen Bindegewebe, hinten von der Bauchfascie gebildet. Aus dem Grunde der Höhle vom inneren Ende der Schnittwunde gelangte man mit der Sonde in die Tiefe der Bauchhöhle; bei der

Eröffnung der letzteren entleerte sich eine reichliche Menge gelbgrüner, trüber, mit eitrigen Flocken gemischter Flüssigkeit.

Das grosse Netz lag über den Gedärmen ausgebreitet, ein Strang davon war in der inneren rechten Leistengegend fest angewachsen. Man fühlte eine über faustgrosse Masse durch die Därme hindurch. Letztere waren durch feste Pseudomembranen mit einander verklebt, das Coecum mit dem anliegenden Dünndarm an die Bauchwand angewachsen. Zwischen den Därmen fanden sich abgesackte, dickliche, Eiter enthaltende Höhlen; in einer derselben findet man einen harten unregelmässigen eckigen Körper. Das retroperitoneale Bindegewebe war mit dem Darm verwachsen, die Mesenterialdrüsen geschwollen und mit kleinen Eiterheerden durchsetzt. Die Serosa der Därme stark verdickt, die Schleimhaut der unteren Dünndarmpartie geschwollen und schwarz verfärbt.

Eine Perforationsstelle des processus vermiformis konnte nicht nachgewiesen werden, nur war derselbe an die Bauchwand angeheftet und befand sich zwischen ihm und dem Dünndarm das erwähnte Concrement.

Die Beckeneingeweide zeigen eine starke Füllung der Venen, sonst bieten die übrigen Organe wie Magen, Leber, Nieren keine krankhaften Veränderungen.

II.

Joseph Schwarzer, 36 Jahre alt, der in Breslau die Geschäfte eines Arbeiters besorgte und angeblich früher nie krank gewesen war, hatte auf einem Spaziergange an einem Sonntage, dumpfbohrende Schmerzen in seiner rechten fossa iliaca empfunden. Ohne auf dieselben besonderes Gewicht zu legen, ging er seinen Pflichten weiter nach.

Bald jedoch ist ihm das Gehen beschwerlich geworden, da die Schmerzen an Intensität zugenommen hatten; er sah sich genöthigt, die Ruhe zu suchen, wobei er minder belästigt wurde und nur beim Husten die Schmerzen sich intensiver kundgaben.

Anfang Januar dieses Jahres fing Patient an zu fiebern, die rechte fossa iliaca wurde empfindlicher, die Schmerzen breiteten sich aus, so dass er sich entschieden hatte, ins Krankenhaus zu gehen. Am 10. Januar wurde er in die Klinik aufgenommen. Zu Anfang hatte man nur ein fortwährend bestehendes Fieber und Klagen über Schmerzen rechterseits als Anhaltspunkte für das vorliegende Leiden.

Nach ungefähr 14 Tagen kam in der rechten Darmbeingrube an der Stelle der Schmerzen eine Anschwellung zum Vorschein. Bei näherer Untersuchung erwies sich dieselbe als ein circumscripter Tumor von elastischer Härte, der nach innen und etwas abwärts von der spina ilei anterior superior die Grube mehr nach aussen als der Medianlinie zu ausfüllte. Patient konnte während dieser Zeit das rechte Bein nicht mehr ausstrecken, sondern hielt es in Adduction, Flexion und etwas nach innen rotirt, da durch diese Stellung die Schmerzen vermindert wurden.

Von Seiten des Darms, sowie der Harnwege zeigten sich keine krankhaften Erscheinungen; die Untersuchung per anum ergab nichts abnormes, man fühlte dabei den inneren Rand des tumors, das Rectum war aber wohl beweglich.

Patient hustete viel in Folge hinzugetretener Bronchitis und war dyspnoëtisch, doch nicht in sehr erheblichem Grade. Sein Allgemeinzustand hat sich wesentlich nicht verändert, nur fühlte er sich geschwächt und war auch ein wenig abgemagert; der Appetit blieb gut und die Verdauung ungestört.

Auf Grund dieser Symptome ist die Diagnose auf einen Beckenabscess, der vom Darmbein ausging, gestellt worden. Anfang Februar verschlimmerte sich der Zustand des Patienten, die Schmerzen nahmen an Stärke sowohl wie an Ausdehnung zu, Patient fieberte mehr und darauf begann der rechte Oberschenkel an zu schwellen. Nach einigen Tagen ist die Geschwulst bedeutend geworden,

die Haut geröthet und gespannt, an einigen Stellen blau verfärbt, die Empfindlichkeit auf den leisesten Druck sehr gross. Es war eine deutliche grosswellige Fluctuation vorhanden, man machte daher einen Einschnitt ungefähr zwei Zoll unterhalb der Mitte des Poupartschen Bandes über dem Rectus femoris. In einem Strahle entleerte sich eine grosse Menge von einem dünnflüssigen, schlecht aussehenden Eiter, worauf der Patient sich sehr erleichtert fühlte und die Anschwellung des Oberschenkels abgenommen hatte. Nach der Operation bekam Patient ein Bad und die Wunde wurde einfach mit desinficirenden Mitteln verbunden.

In den folgenden Tagen kam der Eiter continuirlich aus der Wunde heraus, aber in immer abnehmender Quantität, er wurde etwas dicklicher und sein Aussehen besser.

Der Tumor in der fossa iliaca ist bis auf geringe Verhärtung im Zellgewebe geschwunden, die Wunde bis jetzt nicht zugeheilt, es lässt sich aber hoffen, da der Kranke vollständig fieberlos ist, seine Kräfte im Zunehmen begriffen und sonst keine üblen Symptome vorhanden sind, dass seine Genesung in kurzer Zeit bevorsteht.

Epicrise.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass im ersten Falle eine Paratyphlitis das veranlassende Moment des Beckenabscesses gewesen ist. Was den Sitz desselben anbetrifft, so gehört er zu der Reihe der sogenannten subperitonealen Abscesse; auch in diesem Falle haben wir den Beweis, wie gefährlich Eiteransammlungen an dieser Stelle werden, sie entleeren sich fast regelmässig zugleich nach aussen und in das Bauchfell, rufen eine diffuse Peritonitis hervor und Patienten gehen zu Grunde, wie wir es gesehen haben.

Im zweiten Falle, wenn auch die Diagnose auf Periostitis ossis ilei nicht mit voller Sicherheit angenommen, aber als sehr wahrscheinlich betrachtet werden kann, da Patient sicher angiebt, dass kein Trauma auf den Psoas eingewirkt habe und auch absolut Zeichen fehlen, welche auf eine andere Ursache des Abscesses hindeuteten, so kann man denselben als einen bezeichnen, der sub fascia iliaca gesessen hat und dem Iliacusgebiete angehörte, da die Geschwulst mehr nach der Aussen-

seite sich ausbreitete. Ich ziehe den Schluss, gestützt auf Experimente von Prof. *König,* aus der Eitersenkung nach dem Oberschenkel, was die subperitonealen Abscesse nur höchst selten thun. Der Abscess ist geöffnet worden, ich konnte also nicht die Wege beobachten, wo er spontan durchgebrochen wäre, es ist mir nur aufgefallen, dass die Eitermasse mehr nach der Aussenseite des Oberschenkels neigte, also nicht dem Psoas entsprach, und verwerthe dieses Zeichen als ein für einen Iliacusabscess sprechendes. In den meisten Fällen lässt sich trotz dieser Anhaltpunkte die Diagnose nicht mit Sicherheit stellen und erst der Verlauf und Ausgang belehren uns über die Art des einzelnen Falles. Die Behandlung war in beiden Fällen eine symptomatische, der spontane Durchbruch des Eiters ist auch hier abgewartet worden, denn wenn auch im zweiten Falle eine Incision gemacht wurde, so hatte sich der Abscess bereits gesenkt und hätte auch die Perforation in wenigen Tagen von selbst stattgefunden, da die Haut nur noch sehr dünne gewesen war.

Lebenslauf.

Verfasser, katholischer Confession, geboren zu Chobienice, Kreis Bomst, am 13. Mai 1848, genoss den ersten Unterricht in der Bürgerschule zu Wollstein, worauf er in Posen 9 Jahre das Gymnasium ad Sanctam Magdalenam besuchte. Nach abgelegtem Abiturienten-Examen, Michaelis 1867, begab er sich nach Königsberg, um Medizin zu studiren, wo er 4 Semester verblieb und das tentamen physicum absolvirte. Darauf besuchte er die Universität zu Berlin, unterbrach aber sein Studium während des deutsch-französischen Krieges, den er als stellvertretender Assistenzarzt bei dem 3. Reserve-Ulanen-Regiment mitmachte.

Nach beendetem 8monatlichem Feldzuge kehrte er nach Berlin zurück, verliess aber nach einem Semester die Universität, um in Breslau seine Studien zu beendigen.

Während seiner Studienzeit hatte er bei folgenden Herren Vorlesungen gehört, resp. in deren Kliniken und Polikliniken praktizirt:

in Königsberg: *Müller, Goltz, Burdach, von Wittich, Gruenhagen, Werther, Moser;*

in Berlin: *Mitscherlich, Virchow, Nothnagel, Kristeller, Tobold, Traube, von Langenbeck, Bardeleben, Schoeller, Ebert, Lewin, Hirschberg;*

in Breslau: *Lebert, Fischer, Waldeyer, Förster, Spiegelberg, Maas.*

Allen diesen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser seinen innigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Kaltwasserbehandlung leistet bei Typhus sehr gute Dienste.

II.

Die Unterbindung der Arterien ist der Forsion vorzuziehen.

III.

Die Uterusdouche ist die beste Methode zur Einleitung der Frühgeburt.